

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU	
IMIĘ I NAZWISKO	

SYMBOL PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	NA WZROK – 3 PKT.	
	SPRZĘŻONE – 2 PKT.	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:	ZNACZNY – 3 PKT.	
	UMIARKOWANY	
DATA WAŻNOŚCI		
CZY UCZESTNICZYSZ W INNYCH PROJEKTACH? JEŻELI „TAK”, PROSZĘ PODAĆ W JAKICH, SKĄD DOFINANSOWANYCH		
Czy korzystasz z usług asystenckich w innych projektach? Jeśli „TAK” – to w jakim wymiarze godzin na miesiąc, w jakim projekcie?		
AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA	AKTYWNA/Y	
	NIEAKTYWNA/Y – 1 PKT.	
PROBLEMY KOMUNIKACYJNE	TAK – 1 PKT.	
PROBLEMY Z MOBILNOŚCIĄ/PORUSZANIEM SIĘ NA SWOJEGO ASYSTENTA WSKAZUJĘ OSOBĘ Z IMIENIA I NAZWISKA:	TAK – 1 PKT.	
OPIEKUN PRAWNY WSKAZUJE OSOBĘ NA ASYSTENTA Z IMIENIA I NAZWISKA:		
CZY RODZICE LUB OSOBY SPOKREWNIONE LUB OPIEKUN PRAWNY UCZESTNIKA PROJEKTU POBIERA NA NIEGO ŚWIADCZENIE PIEŁĘGNACYJNE ?	TAK (przysługuje maksymalnie 30 h usług asystenckich w miesiącu)	
	NIE	

### KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez wszystkie struktury Polskiego Związku Niewidomych, Jednostki Samorządu Terytorialnego oraz Instytucje Rządowe i Samorządowe zajmujące się osobami niepełnosprawnymi w celu realizacji zadań statutowych Polskiego Związku Niewidomych.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych (dotyczących stanu mojego zdrowia) przez wyżej wymienione podmioty.

Zgoda jest dobrowolna ale konieczna w celu uczestniczenia w projekcie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”; przynależności do PZN, oraz przy realizacji zadań statutowych PZN. Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu / Opiekuna Prawnego



## O Ś W I A D C Z E N I E

Uprzedzona/y i świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. 2016, poz. 189 z późn. zm.):

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba z imienia i nazwiska ..... na mojego Asystenta / na Asystenta dla podopiecznego\* – nie zamieszkuje ze mną / z podopiecznym\* w jednym gospodarstwie domowym, i nie jest ze mną / z podopiecznym\* powiązana osobowo – nie pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Oświadczam, że jest / nie jest\* pobierane na mnie / podopiecznego\* świadczenie pielęgnacyjne (z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej) przez rodziców lub osoby spokrewnione, lub opiekuna prawnego.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie / opiekuna prawnego\* w „Formularzu Zgłoszeniowym” i „Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021” są zgodne z prawdą.

Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić

### UZUPEŁNIA KADRA PROJEKTU:

Przyznana liczba punktów: .....

Zakwalifikowana/y do projektu dnia: .....

Przyznana liczba godzin usług asystenckich na miesiąc: .....

Inne informacje/zmiany:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

